

# *Juominen väheni mutta hoitosuunnitelma ei toiminut*

## *A-klinikkatoimen hoitotavoitteista ja -keinoista*

*Rauno Mäkelä — Anja Sirén*

Päihdeongelmaisten hoitojärjestelmältä toivotaan suunnitelmallisuutta ja pitkäjänteisyyttä, koska perinteisen käsityksen mukaan palveluiden käyttäjillä itsellään ei näitä ominaisuuksia uskota olevan. Päihdehuollolta on myös edellytetty enemmän tehokkuutta ja mitattavissa olevia tuloksia kuin monelta muulta hoitosektorilta. Pelkkä avun tarjoaminen inhimilliseen hätään ei sinänsä näytä riittävän perusteluksi päihdehuollon palvelujen järjestämiselle päinvastoin kuin monella muulla hoidon- ja huollontarpeen alueella.

Suunnitelmallisuuden ja tuloksellisuuden arviointiin olisivat hyvin tehty kirjallinen hoitosuunnitelma ja sen toteutumisen seuranta oiva ratkaisu. 1980-luvun alkupuolella puhuttiin pontevasti yksilökohtaisesta kuntoutussuunnitelmasta, joka tehtäisiin yhteisvoimin eri auttajatahojen ja asiakkaan itsensä kanssa ja joka kulkisi asiakkaan mukana, kun hän siirtyisi hoitopaikasta toiseen. Asiakkaan osuutta suunnitelmassa on korostettu erityisesti A-klinikkatoimessa, jossa perinteinen hoitodeologia on — ainakin teoriassa, ei välttämättä käytännössä — oikeuttanut asiakkaan itsensä vaikuttamaan tavoite- ja hoitokeinovalintoihin.

Tampereen A-klinikalla ja katkaisuhoidoasemalla kokeiltiin vuodesta 1981 alkaen kirjallisen hoitosuunnitelman toimivuutta uusien asiakkaiden hoidossa (Mäkelä & Sirén 1984). Osa uusista asiakkaista jäi 1–2 kerran satunnaiskävijöiksi, ja osalle hoitoon kiinnittyneistäkin jäi varsinainen hoitosuunnitelma tekemättä (Sirén & Mäkelä 1989). Neljän kuukauden tutkimusajanjaksona hoitoon tuli 178 uutta asiakasta, joista 111:lle tehtiin hoitosuunnitelma.

Kirjallinen hoitosuunnitelma osoittautui kuitenkin kömpelöksi ja nopeasti vaihtuviin tilanteisiin sopimattomaksi, eikä siitä näyttänyt olevan ajankohtaiselle hoitotapahtumalle

erityistä hyötyä. Tutkimusjakson jälkeen se jäikin vähitellen pois rutiinikäytöstä. Myös tutkimuksellinen anti tuntui jäävän köyhäksi. Tämä oli omiaan masentamaan tutkimushankkeen suunnittelijoita ja toteuttajia sekä osaltaan johti siihen, että erityisesti hoitosuunnitelmaan liittyneet tutkimustulokset jäivät aikanaan osin julkaisematta.

Hoidon sisällön kehittämistarve on kuitenkin jatkuvasti ajankohtainen asia. Hoitotapahtumaa ja siinä asetettujen tavoitteiden toteutumista on 80-luvun alkuvuosien jälkeenkin tutkittu niukasti, ja kysymykseen ”mitä se hoito oikein on ja mikä siinä vaikuttaa” joudumme edelleen antamaan epämääräisiä minusta tuntuu -vastauksia. Niinpä kaivoimme osin jo ajankohtaisuutensa menettäneet tutkimuslöydöksemme esiin ja tarkoituksenamme on pohdita, mikä silloin meni vikaan ja mitä virikkeitä kertyneestä aineistosta olisi löydettävissä nykyhetken asiakastyön tutkimiseen ja kehittämiseen päihdehuollossa.

Seuraavat havainnot kuvaavat siis 111 asiakkaan hoitosuunnitelmia ja seurantatietoja vuodelta 1981. Seurantahaastatteluun puolen vuoden kuluttua tavoitettiin aineistosta 81 % ja vuoden kuluttua 86 %. Kuutta henkilöä (5 %) ei tavoitettu kummallakaan kertaa, lisäksi kolme henkilöä kuoli seurantavuoden aikana.

### *Ennen hoitoon lähtöä*

Ennen hoitoon tuloa juominen on yleensä ollut rankimmillaan, samoin muut ongelmat. Tällöin viriää myös hoitoonlähtöpäätös joko omassa tai läheisten mielessä.

Hoitoon tuloa edelsi enintään 2–3 raitista päivää, yleensä ei sitäkään. Kaikki olivat siis ”akuuttitapauksia”. Koko aineistossa edeltävä juomiskausi oli 40 %:lla kestänyt enintään viikon ja 31 %:lla yli kuukauden (taulukko 1).

Katkaisuhoidoasemalle valikoitui keskimää-

*Taulukko 1. Hoitoon tuloa edeltäneen juomisen kesto, %*

| juomisen kesto, vrk | katkaisuhoidoasema | A-klinikka | yht.  |
|---------------------|--------------------|------------|-------|
| 0— 3                | 4,6                | 10,8       | 7,2   |
| 4— 7                | 24,6               | 43,5       | 32,4  |
| 8—15                | 15,4               | 17,4       | 16,2  |
| 16—31               | 15,4               | 10,9       | 13,5  |
| yli 1 kk            | 40,0               | 17,4       | 30,7  |
| yhteensä            | 100,0              | 100,0      | 100,0 |
| N                   | 65                 | 46         | 111   |

*Taulukko 2. Keinot päihdetavoitteen saavuttamiseksi, %*

| keino  | katkaisuhoidoasema | A-klinikka | yht.  |
|--|--------------------|------------|-------|
| ei mitään                                      | 32,3               | 54,4       | 41,5  |
| omin voimin                                    | 15,4               | 6,5        | 11,7  |
| omin voimin ja keskustelukäynnit hoitopaikassa | —                  | 2,2        | 0,9   |
| keskustelukäynnit hoitopaikassa                | —                  | 21,7       | 9,0   |
| keskustelut ja lääkehoito                      | —                  | 15,2       | 6,3   |
| hoitoonohjaus muualle                          | 52,3               | —          | 30,6  |
| yhteensä                                       | 100,0              | 100,0      | 100,0 |
| N  | 65                 | 46         | 111   |

kuitenkin pelkästään A-klinikan asiakkaaksi. Heidänkin joukossaan oli keskimääräistä enemmän työssä olevia ja perheellisiä. Tiiviit sosiaaliset siteet siis näyttävät jouduttavan hoitoon hakeutumista.

Hoitoon tuloa edeltänyt juomiskausi ei yleensä ollut edeltäneen vuoden ainoa, joskin enintään 50 juomispäivään vuoden mittaan jääneitä oli aineistossa 19 %. Asteikon toisessa päässä olivat ne yli 200 juomispäivään yltäneet 27 %, joiden juominen siis oli kattanut pitkälti yli puolet hoitoon tuloa edeltäneestä vuodesta. Juomispäiviksi ilmoitettuina päivinä oli yleensä juotu ”runsaasti”.

Hoitoon tulijoista 75 %:lla oli työ tai eläke, 92 %:lla asunto ja 53 % oli perheellisiä. Kaikki nämä olosuhdetekijät olivat olemassa 43 %:lla; vailla näitä kaikkia oli 5 %. Elämäntilanne tällä tavoin karkeasti mitattuna vaihteli siis laidasta laitaan, täysin yhteiskuntaan ”kiinnittyneistä” täysin irrallisiin tai ”yhteiskunnan laidalla” oleviin (ks. Kylmälä 1988).

Yksityiskohtaisemmat juomishistorian ja elämäntilanteen mittarit varmaan osoittaisivat tutkimusjoukon vieläkin heterogeenisemmaksi. Pitäisikö oikean hoidon takaamiseksi olla tarjolla 111 täysin yksilöllistä hoitosuunnitelmaa vai riittäisikö muutama perusmalli ja niiden yksilökohtainen kombinointi? Tällöin perusmallien vakiosisältö vaihtelisi sen mukaan, onko asiakas sosiaalisesti kiinnittynyt vai irrallinen, kauan vai vähän aikaa juonut, fyysisesti terve vai heikkokuntoinen jne.

### ***Hoitosuunnitelma tullessa: alkoholi***

Tutkimuksessa haluttiin alun perin selvittää hoitosuunnitelmien muotoutumista ja toteutumista. Katkaisuhoidon ja muun ensiavun lisäksi kaikille asiakkaille kirjattiin pitemmälle tulevaisuuteen tähtäävä päihdetavoite. Asiakkaista 43 % asetti tavoitteekseen pysyvän raittiuden, 33 % raittiuden määräajaksi tai ”toistaiseksi” ja 24 % kohtuukäytön. Kohtuukäytön määrittely huomattiin täsmentää vasta seurantahaastattelussa vuoden kuluttua, jolloin todettiin, miten vaihtelevasti tätä termiä käytettiin (Sirén & Mäkelä 1985, 97—99).

Pysyvää raittiutta ilmoittivat tavoittelevansa puolet katkaisuhoidoasemalle tulleista ja noin kolmasosa A-klinikan asiakkaista. Ero saattaa

räistä enemmän pitkään juoneita, niin kuin laitoshoidon luonteeseen sopiikin. Kuitenkin 29 % oli juonut vähemmän kuin viikon. Olivatko he esim. terveytensä puolesta jo ”laitoshoitokunnossa” vai oliko jokin muu syy laitoshoidon perusteena? He olivat keskimääräistä useammin työssä olevia ja/tai perheellisiä ja olivat kenties ympäristöseurausten pahenemisen pelossa tai ympäristön painostamina halunneet itselleen ”varman” tai ainakin muiden arvostaman katkaisuhuototavan. Lyhyen aikaa juoneet sosiaalisesti irrallisemmat ihmiset päätyivät harvemmin laitoskatkaisuun, vaikka juuri heidän ajattelisi tarvitsevan katkaisuhoidoaseman sosiaalista tukea.

Enemmistö enintään viikon juoneista jäi

Taulukko 3. Eri elämäntilanteille asetetut tavoitteet hoitoontulohetken elämäntilanteen mukaan, %

| tavoite  | hoitoontulohetken elämäntilannetekijät |              |                |                     |                     | yht. |
|--|--|--------------|----------------|---------------------|---------------------|------|
|  | työ + perhe +<br>asunto                | työ + asunto | perhe + asunto | vain yksi<br>tekijä | kaikki<br>puuttuvat |      |
| terveystavoite   | 42                                     | 41           | 27             | 57                  | 50                  | 42   |
| työtavoite   | 48                                     | 69           | 91             | 86                  | 100                 | 66   |
| asumistavoite  | 19                                     | 44           | 55             | 64                  | 100                 | 40   |
| ihmissuhdetavoite  | 44                                     | 31           | 45             | 57                  | 50                  | 42   |
| vapaa-aikatavoite  | 35                                     | 50           | 45             | 57                  | 100                 | 47   |
| N  | 48                                     | 32           | 11             | 14                  | 6                   | 111  |
| asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi mainittu jokin keino, % |  |              |                |                     |                     |      |
|  | 30                                     | 17           | 45             | 44                  | 17                  | 29   |

Taulukko 4. Eri elämäntilanteille (terveys, työ, asuminen, ihmissuhteet ja vapaa-aika) asetettujen tavoitteiden kasautuminen hoitoontulohetken elämäntilanteen mukaan, %

| tavoitealueen laajuus       | hoitoontulohetken elämäntilannetekijät |              |                |                     |                     | yht. |
|-----------------------------|--|--------------|----------------|---------------------|---------------------|------|
|                             | työ + perhe +<br>asunto                | työ + asunto | perhe + asunto | vain yksi<br>tekijä | kaikki<br>puuttuvat |      |
| tavoite kaikilla 5 alueella | 2                                      | 0            | 0              | 14                  | 17                  | 3    |
| tavoite 4 alueella          | 12                                     | 16           | 27             | 36                  | 66                  | 21   |
| tavoite 3 alueella          | 15                                     | 28           | 37             | 14                  | 17                  | 21   |
| tavoite 2 alueella          | 31                                     | 41           | 18             | 29                  | 0                   | 31   |
| tavoite 1 alueella          | 21                                     | 12           | 9              | 7                   | 0                   | 14   |
| yhteensä                    | 81                                     | 97           | 91             | 100                 | 100                 | 90   |
| vain päihdetavoite          | 19                                     | 3            | 9              | 0                   | 0                   | 10   |
| yhteensä                    | 100                                    | 100          | 100            | 100                 | 100                 | 100  |
| N                           | 48                                     | 32           | 11             | 14                  | 6                   | 111  |

kuvastaa asiakasrakennetta: katkaisuhuoltoasemalle tuli enemmän runsaasti tai ainakin rankkoina jaksoina juoneita, A-klinikalle taas lyhyempään tai ”hissukseen” juoneita. Ero saattaa myös kuvastaa henkilökunnan näkemystä: katkaisuhuoltoaseman henkilökunta on saanut paljon vaikutteita AA-ideologiasta, kun taas A-klinikalla asiakkaan hallintakykyyn tukeutuva näkemys on ollut enemmän esillä. 1980-luvun alussa kohtuukäyttötavoitteesta puhuminen oli tosin ”luvattomampaa” kuin nykyisin. Joillekin asiakkaille henkilökunta piti sitä silti realistisena vaihtoehtona, vaikka julkisessa keskustelussa ei asiasta paljon pu-

huttu yleisen mielipiteen tuomion pelossa.

Päihdetavoitteen saavuttamiseen tarvittavia keinoja kirjattiin hoitosuunnitelmiin taulukon 2 mukaisesti. Noin 40 % tavoitteista oli jäänyt ilman keinosuositusta. Pelkästään omatoimisten keinojen varaan rakentui hoitosuunnitelma 12 %:lla. Joskus oli kirjattu vain ”omin voimin”, joskus jokin tarkempi tapa, kuten ”ei alkoholia kotiin, ei mene alkoholitilaisuuksiin, harrastusten elvyttäminen, seuran vaihto, lähipiirin tuki”. Voiko hoitopaikka avustaa asiakasta näiden toteuttamisessa vai vain seurata sivusta? Ehkä kuitenkin yritysten ja erehdystenkin tai selviytymisstrategioiden tar-



kastelu ja kirjaaminen auttaisivat lisäämään hoitopaikan ”keinovalikoimaa” ja täten edistäisivät hoidon sisällön kehittämistä.

Katkaisuhoitoaseman tavallisin ”hoitokeino” oli muualle ohjaaminen (52 %). Uusi osoite oli 59 %:ssa tapauksista AA-ryhmä tai A-kilta, 41 %:ssa A-klinikka (osalla nämä molemmat) ja 18 %:ssa jokin muu hoitotaho. Vertaisryhmiin suositteleminen oli siis yleisempää kuin saman hoitojärjestelmän avohoitoyksikköön. Onko kyse asiakasaineksen huomioon ottavasta tarkoituksenmukaisesta valinnasta, hoitoideologisista eroista vai muusta epäluottamuslauseesta kahden työryhmän kesken?

### ***Hoitosuunnitelma tullessa: elämäntilanne***

Painettu hoitosuunnitelmalomake tarjosi hyvän mahdollisuuden kehitellä hoitotavoitteita eri elämänalueille; vain 10 % hoitosuunnitelmista jäikin pelkän päihdetavoitteen varaan. Lomake saattoi suosia tunnollisia työntekijöitä ja verbaalisesti tuotteliaita asiakkaita. Tuloksena oli paljon unelmia siitä, mitä olisi hyvä kuulua ”kunnon ihmiselle” ja ”oikeaan elämäntapaan”; kenties työntekijän omien normien mukaista elämää, jota asiakaskin nyt pantiin tavoittelemaan.

Mitä enemmän asiakkaalta puuttui konkreetteja resursseja ja toimintamahdollisuuksia, sen todennäköisemmin hänen hoitosuunnitelmassaan oli terveydentilaan, työhön, asumiseen, ihmissuhteisiin ja vapaa-aikaan liittyviä tavoitteita (taulukot 3 ja 4).

Tavoitteet olivat toisaalta konkreetteja, toisaalta utopioita ja pilvilinnoja, ainakin hoitopaikan vaikutuskeinojen näkökulmasta. Työtön tavoitteli työtä, asunnoton asuntoa, perheriitainen sopua, yksinäinen sosiaalisia kontakteja. Myös toiveet omakotitalosta ja solakkuudesta pääsivät mukaan. Erityisen hyvin edustetuiksi sekä terveys- että vapaa-aikatavoitteissa tulivat liikunnan tai urheilun aloittaminen, parhaimmillaan vielä dieetin ja tupakoinnin vähentämisen tuella. Lasin äärestä liikkumaan ja tervehtymään — juomisen logiikasta terveyden logiikkaan (Eskola & al. 1989).

Elämäntilannetavoitteiden saavuttamiskeinoissa oltiin toki realistisia. Vain 29 %:lle

kaikista tavoitteista nimettiin jokin keino. Ne sisälsivät joskus hoitotapahtumia, joskus asiakkaan omatoimista asioiden eteenpäin viemistä. Heikoimmin löytyi keinoja kaikkein huono-osaisimmille (joilla ei ollut työtä, asuntoa ja perhettä) ja myös perheettömille, joilla oli työ ja asunto. Tältä osin hoitosuunnitelmalomake saattoi lisätä asiakkaiden toivottomuutta ja heikentää muutosmotivaatiota. Siihenhän tuli kirjattua paljon asioita, jotka asiakkaan pitäisi saavuttaa tai muuttaa elämässään. Kuitenkaan hoitopaikassa ei osattu auttaa tavoitteiden konkretisoinnissa ja keinojen löytämisessä.

Tavoitteet ja keinot näyttävät muodostavan ketjuja. Jonkin tavoitteen, eritoten päihdetavoitteen, toteutuminen toimii keinona muiden tavoitteiden saavuttamiselle. Näin päihdetavoitteiden niukka keinovalikoima saa entistä suuremman merkityksen. Huono-osaisilla oli paljon eri elämänalueita koskevia tavoitteita, mutta vähiten keinoja päihdetavoitetta varten: sitä vähemmän, mitä useampi elämäntilanne-tekijä oli ”pielessä”. A-klinikkatoimi osaa tämän mukaan laatia yksityiskohtaisemman hoitosuunnitelman hyväosaisemmille. Auttaako A-klinikkahoito myös parhaiten juuri heitä?

Elämäntapafraseologia näyttää siis tuovan hoitoon liian kunnianhimoisia tavoitteita, liian paksuja viipaleita (Mäkelä 1983). Hoidossakin yritetään ottaa kaikki kerralla, ”Pohjanmaan kautta”. Kirjalliset hoitosuunnitelmat sopinevat parhaiten kuvaamaan sitä loppusuoritetta, johon asiakas ja/tai työntekijä haluaa ajan kanssa tähdätä. Lyhytaikaiset tai pienet askeleet eivät paperilla ole kovin näyttäviä, vaikka ne esim. ratkaisukeskeisen lyhytterapiasuuntauksen mukaan ovat juuri niitä, joihin erityisesti tulisi keskittyä (de Shazer & al. 1985).

### ***Seurantavuonna: alkoholi***

Hoitoon tulon jälkeisinä aikoina raittius oli — verrattuna edeltäneeseen aikaan — yleistä. Yhden kuukauden kuluttua oli raittiina vielä 40 %, mutta kokonaisen vuoden yhtäjaksoisen raittiuden toteutti vain 3 % tutkituista (taulukko 5). Täysraittiuuden tavoittelijat pysyivät yhtäjaksoisesti raittiina pitempään (keskimäärin 70 vrk hoitoon tulosta) kuin toistai-



seksi-raittiuuden (36 vrk) ja kohtuukäytön tavoittelijat (16 vrk). Kahdessa viimeksi mainitussa ryhmässä juominen sinänsä ei merkinnyt alkuperäisen tavoitteen epäonnistumista.

Juomispäivinä laskien 50 vuorokautta tai vähemmän juoneiden osuus oli lisääntynyt edeltäneen vuoden 19 %:sta seurantavuoden 44 %:iin, ja vastaavasti yli 150 vuorokautta juoneet olivat vähentyneet 40 %:sta 10 %:iin (taulukko 6). Tällä tavalla laskettuna päihdetavoitteen toteutuminen näyttää onnistuneen hyvinkin.

Seurantavuoden ensimmäisen ja toisen puoliskon luvut näyttävät samanlaisilta (taulukko 6), mutta yksittäinen henkilö saattoi siirtyä ryhmästä toiseen. Hän saattoi olla juomatta tai vähällä juomisella ensimmäisen puolivuotiskakson mutta juoda runsaammin toisella, tai päinvastoin. Yksilötasolla tarkastellen juomispäivät olivat vähentyneet noin 75 % ja lisääntyneet noin 15 % edeltäneeseen vuoteen verrattuna (taulukko 7). Mitä enemmän juomispäiviä edeltäneenä vuonna oli, sitä todennäköisempää oli juomispäivien väheneminen seurantavuonna. Eniten juomispäiviä lisääntyneitä oli edellisenä vuonna alle 100 vuorokautta juoneiden joukossa.

Juomistaan vähentäneitä oli kaikissa päihdetavoiteryhmissä, eniten täysraittiuutta tavoitteleiden joukossa (taulukko 8). Samassa ryhmässä oli tosin eniten juomispäiviään lisääntyneitä. Oliko epäonnistumisen kokemus saanut heidät juomaan entistä enemmän? Kohtuukäyttäjiksi alun perin halunneet menestyivät tässä vertailussa suhteellisen hyvin, joskin tavoitetta pitäisi heidän kohdallaan mitata esim. juomismäärillä eikä juomispäivien lukumäärällä.

Juomiskäyttäytymisen muutoksia on vaikea yhdistää hoidon sisältöön, koska hoitosuunnitelman keinot olivat ylimalkaisesti kuvattuja eivätkä erityisemmin määräytyneet juomistavoitteen mukaisesti. Yhdeksi arviointia vaikeuttavaksi tekijäksi ilmaantui myös juomistavoitteen vaihtelevuus seurantavuoden aikana (vrt. Ojehagen & Berglund 1989). Yleinen suunta näytti olevan raittiustavoitteesta luopuminen ja siirtyminen kohtuutavoitteeseen (taulukko 9). Hoitoontulohetkellä määrittyi kohtuuden tavoittelijoiksi joka neljäs, puolen

Taulukko 5. Hoitoon tulon jälkeinen yhtäjaksoinen raittius ja juomistavoite hoitoon tullessa, %

| hoitoon tulon<br>jälkeinen yhtä-<br>jaksoinen raittius            | juomistavoite hoitoon tullessa |                                |         |        |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---------|--------|
|   | raittius                       | määrä-<br>aikainen<br>raittius | kohtuus | kaikki |
| 30 päivän kulut-<br>tua raittiina                                 | 56                             | 33                             | 19      | 40     |
| 60 päivän kulut-<br>tua raittiina                                 | 29                             | 19                             | 4       | 20     |
| 100 päivän kulut-<br>tua raittiina                                | 21                             | 14                             | 0       | 14     |
| vuoden kulut-<br>tua raittiina                                    | 6                              | 0                              | 0       | 3      |
| ei tietoa   | 0                              | 6                              | 4       | 3      |
| N   | 48                             | 36                             | 27      | 111    |
| keskimääräinen<br>raitis aika<br>hoitoon tulon<br>jälkeen, päivää | 70,2                           | 35,9                           | 16,0    | 46,4   |

Taulukko 6. Juomispäivät seurantavuonna, %

| juomispäivät | I puoli-<br>vuotis-<br>jaksolla | II puoli-<br>vuotis-<br>jaksolla | koko<br>seuranta-<br>vuonna |
|--------------|---------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 0            | 5                               | 8                                | 3                           |
| 1– 10        | 21                              | 15                               | 5                           |
| 11– 50       | 40                              | 45                               | 36                          |
| 51–100       | 20                              | 20                               | 25                          |
| 101–150      | 6                               | 3                                | 15                          |
| yli 150      | 2                               | 2                                | 10                          |
| ei tietoa    | 6                               | 7                                | 6                           |
| yhteensä     | 100                             | 100                              | 100                         |
| N            | 109                             | 108                              | 108                         |

vuoden kuluttua jo joka toinen. Puolen vuoden jälkeen tavoitejakauma ei enää juuri muuttunut. Hoitoontulotilanne sinänsä korostaa täysraittiuutta, normaali elämä taas kohtuustoiveita. Juomistavoitteen muutoksethan tapahtuivat suurelta osin hoitojakson päättymisen jälkeen. Kuitenkin hoitokeinojen valinnankin kannalta olisi tärkeä tietää, mikä on kulloinenkin tavoite,

*Taulukko 7. Muutos juomispäivissä seurantavuonna verrattuna hoitoon tuloa edeltäneeseen vuoteen, %*

| muutos juomis-<br>päivissä                           | juomispäiviä hoitoon tuloa<br>edeltäneenä vuonna |         |         |        |
|--|--|---------|---------|--------|
|  | alle 100   | 100—200 | yli 200 | kaikki |
| ei juonut<br>lainkaan                                | 5  | 2       | 0       | 3      |
| juomispäivät<br>vähentyneet<br>yli puolella          | 26   | 41      | 57      | 40     |
| juomispäivät vä-<br>hentyneet enin-<br>tään puolella | 33   | 32      | 29      | 31     |
| juomispäivät py-<br>syneet samana                    | 5  | 10      | 0       | 6      |
| juomispäivät<br>lisääntyneet                         | 31   | 5       | 3       | 14     |
| ei tietoa koko<br>seurantavuoden<br>juomispäivistä   | 0  | 10      | 11      | 6      |
| yhteensä   | 100  | 100     | 100     | 100    |
| N  | 39   | 41      | 28      | 108    |

*Taulukko 8. Juomispäivissä tapahtunut muutos ja päihdetavoite hoitoon tullessa, %*

| muutos juomis-<br>päivissä                           | päihdetavoite hoitoon tullessa |                             |         | kaikki |
|--|--------------------------------|-----------------------------|---------|--------|
|  | raittius                       | määräaikai-<br>nen raittius | kohtuus |        |
| ei juonut<br>lainkaan                                | 7                              | 0                           | 0       | 3      |
| juomispäivät vä-<br>hentyneet yli<br>puolella        | 45                             | 34                          | 38      | 40     |
| juomispäivät vä-<br>hentyneet enin-<br>tään puolella | 17                             | 51                          | 31      | 31     |
| juomispäivät py-<br>syneet samana                    | 6                              | 0                           | 11      | 6      |
| juomispäivät<br>lisääntyneet                         | 21                             | 6                           | 12      | 14     |
| ei tietoa koko<br>seurantavuoden<br>juomispäivistä   | 4                              | 9                           | 8       | 6      |
| yhteensä   | 100                            | 100                         | 100     | 100    |
| N  | 47                             | 35                          | 26      | 108    |

*Taulukko 9. Juomistavoite hoitoon tullessa ja muutokset seurantavuonna, %*

| juomistavoite             | hoitoon<br>tullessa | puolen vuoden<br>kuluttua | vuoden<br>kuluttua |
|---------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------|
| raittius                  | 43                  | 27                        | 28                 |
| määräaikainen<br>raittius | 33                  | 7                         | 9                  |
| kohtuus                   | 24                  | 49                        | 51                 |
| ei tietoa                 | 0                   | 17                        | 12                 |
| yhteensä                  | 100                 | 100                       | 100                |
| N                         | 111                 | 109                       | 108                |

jotta hoidon keinovalikoimaa voisi kehittää sen mukaisesti.

Kohtuujuominen tavoitteena oli pysyvämpi kuin raittiustavoite. Kohtuujuomista alun perin tavoitelleista pysyi koko ajan samalla kannalla 62 %. Vastaava luku täysraittiusta-voitteen osalta oli 40 %. Jotkut vaihtoivat vuoden mittaan ryhmästä toiseen ja palasivat taas alkuperäiseen tavoitteeseensa. Raittiusta-voitteesta siirtyi puolella vuodessa 38 % kohtuuleiriin, joskin osa heistä oli vuoden kuluttua taas palannut lähtötavoitteeseensa. Alkuperäisestä kohtuuryhmästä vain yksi siirtyi raittiuden tavoittelijoihin. ”Vahingosta viisastumista” ei siis näyttänyt paljoakaan tapahtuvan.

Juomispäivien vähenemisestä huolimatta juomisen kuvattiin olleen varsin usein haittalista. Noin puolet tutkittavista kuvasi fyysisiä tai psyykkisiä terveyshaittoja. Joka neljännellä oli ollut ongelmia virkavallan kanssa, etupäässä juopumuspidätyksiä. Väkivaltaisuuden mainitsi haitaksi joka viides, samoin asumiseen liittyneitä juomishaittoja oli ollut joka viiden-  
nellä. Yhteenlaskettuna oli neljällä viidestä ollut haittaa juomisesta. Vain 16 % kuvasi juomisensa haitattomaksi (rahanmenoa lukuun ottamatta), ja lisäksi 3 % oli ollut koko vuoden

### *Seurantavuonna: elämäntilanne*

Hoitoon tullessa monet ilmaisivat välittömäksi tavoitteekseen vain juomiskiirteen katkaisun ja kuntoutumisen. Silti taustalla oli usein pyrkimys laajemman ongelmatilanteen ratkaisemiseen, koska erityisesti perhe-elä-

mään ja työhön alkoholin käyttö oli vaikuttanut ja aiheuttanut uhkatekijöitä.

Hoitoon tullessa 51 % tutkituista oli sellaisessa avio- tai avoliitossa, jossa todella asuttiin yhdessä. Usealla avoliitossa olevalla oli takanaan yksi tai useampia avioeroja. Alkoholin käyttö näytti monessa perheessä olevan kuin punainen vaate, ja sitä vastaan kohdistui aikaisempiin kokemuksiin perustuen syytöksiä silloinkin, kun juominen ei ollut runsasta. Monet puoliset eivät siis nähneet vähäisempää alkoholin käyttöä pitemmän päälle realistisena mahdollisuutena.

Silloin kun puoliso oli mukana hoitoon tullessa tai myöhemmin seurantahaastatte- luissa, muodostui kuva perhetilanteesta tar- kemmaksi kuin vain juonutta osapuolta kuule- malla. Avioeron uhkaa eivät monetkaan halunneet myöntää; he ehkä kielsivät tosiasiat itseltäänkin. Joku saattoi mainita juomisen aiheuttaneen kotona ”pienää sanomista”, ja seurantatietojen mukaan avioero oli tapahtu- nut pian sen jälkeen.

Puolison uhkaus ottaa avioero lieene aika- moisen häpeällistä kerrottavaa hoitoon tul- lessa. Samasta syystä ehkä vältetään perheen ottamista mukaan hoitoprosessiin. Henkilö- kuntakaan ei yleensä rutiininomaisesti edellytä perheen mukanaoloa, vaikka teorian tasolla perhetyöskentelyn edut tiedetään esim. lisään- tyneen hoidossa pysymisen muodossa. Yksilö- työskentelyllä ylläpidetään näkemystä ”yksilö- sairaudesta tai -viasta” ja jätetään käyttämät- tä lähiympäristön tuki yhtenä selviytymiskei- nona.

Hoitoontulohetken parisuhteista joka viides päättyi eroon seurantavuoden aikana. Eron- neista joka kolmas ehti vuoden sisällä hank- kiutua jo uuteen avoliittoon. Muilla avio- tai avoliitto säilyi, mutta heistäkin kahdella kol- mesta alkoholin käyttö edelleen kiristi per- hesuhteita.

Yksin tai vanhempiansa kanssa asuneista useimmat säilyttivät perhetilanteensa ennal- laan. Heistä vain joka seitsemäs hankkiutui avoliittoon seurantavuonna, monet välittö- mästi alkaneiden alkoholin aiheuttamien per- heriitojen saattelemana.

Hoitoon tullessa 67 % oli työssä tai opiskeli. Jotkut oli ohjattu hoitoon, jotkut ennakoivat työpulmia, jotkut taas kertoivat alkoholin

käytön rajoittuneen kokonaan työn ulkopuo- lle.

Seurantavuoden lopussa oli työssä alun perin olleista 82 % edelleen työssä, joten työpaikan säilymistavoite oli toiminut hyvin (vrt. Keso 1988, 114). Monella alkoholi silti edelleen haittasi työtä, vaikka työsuhte säilyikin. Sen sijaan opiskelijoista puolet oli keskeyttänyt seurantavuoden kuluessa opintonsa.

Hoitoon tullessa joka neljäs oli työtön. Heistä joka toisella työttömyys jatkui koko seuranta- vuoden. Muilla oli väliaikaisesti työtä ja myös lopputilejä juomisen vuoksi. Vain 14 % tullessa työttömänä olleista oli työssä seurantavuoden lopussa.

Kaiken kaikkiaan seurantavuoden aikana työssä tai opiskelemissa olleista yli kolmas- osalla (36 %) ei ollut työhaittoja juomisen vuoksi. Lopputili tuli 25 %:lle, varoitus 10 %:lle ja vain rokulia tai muuta työhaittaa 29 %:lle.

### ***Kontrollia vai turvallisuutta***

Hoitosuunnitelmatutkimuksen aikana jotkut työntekijät vastustivat kirjallista lomaketta ja tunsivat sen häiritsevän hoitoprosessin luo- vuutta ja yksilöllisyyttä. Myöhemmin jotkut päihdehuollon työntekijät ovat ilmaisseet kiel- teisen kantansa lähes kaikenlaisten kirjallisten hoitodokumenttien tekemiseen ja pitävät niitä hoitotapahtuman kannalta tarpeettomina tai hoidon luottamuksellisuutta vaarantavina. Hoito nähdään enemmän taiteena kuin tie- teenä. Nähdäänkö kirjallinen hoitosuunnitelma siis kontrollivälineenä, jonka avulla voidaan tarkkailla, tekevätkö työntekijät työnsä ”oikei- den” periaatteiden mukaan ja sitoutuvatko asiakkaat kunnolla hoitonsa toteuttamiseen hyväksytyjen tavoitteiden ja keinojen avulla? Virallinen ja velvoittava hoitosuunnitelmakäy- täntö tarjoaisi toki oivan ohjailukeinon, vallan- käytön muodon, joka — niin haluttaessa — takaisi ohjailijalle (viranomaiset, työelämä, ”yhteiskunta”) etulyöntiaseman mahdollisesti ohi yksittäisten asiakkaiden edun.

Toisaalta kirjallinen hoitosuunnitelma tar- joaa hyvän turvan tunnolliselle mutta niukasti ideoita kehittäväälle työntekijälle. Asiaankuulu- vat kuviot viedään läpi puhdasmautoisesti, mutta sisällöttömästi.



Esimerkiksi hoidossa käytettävät lääkkeet kirjataan nykyisin tarkasti, koska säädökset niin määräävät (Mäkelä & Sirén 1989). Myös pysyttäytyminen asiakkaan tekemisissä, sanomisissa ja tavoiteasetteluissa tarjoaa hyvän turvan. Työntekijän omat arvot, hoitoideologiset näkemykset ja osaamisen aste jäävät paljastumatta. Työtoverit tai esimies eivät pääse kritisomaan, kun ei ole mihin tarttua, ja asiakas ei pysty moittimaan hoitokertomuksen sisältöä, jos hän käyttää oikeuttaan niiden lukemiseen. Myös hoitopaikan ylläpitäjä legitimoi omaa toimintaansa yhteiskunnan ja päättäjien suuntaan.

### ***Hoitosuunnitelmaa voi kehittää***

Hoitosuunnitelmakokeilu problematisoi enstisestään hoitosuunnitelmaideaa. Mitä sillä oikeastaan ymmärretään? Hoitosuunnitelman tarkoitus lieene siinä, että se toimisi sekä asiakkaan että työntekijän toiminnan suuntaajana. Se on lahjomaton myös siinä mielessä, että se paljastaa ajattelun tason, jolla alkoholi-ongelmaa ja siihen vaikuttamista lähestytään.

Hoitosuunnitelmakäytäntö näytti johtavan pilvilinnojen rakenteluun, kun asiakkaan elämään etsittiin ”kokonaisvaltaista” muutosta. Voiko tällainen kokonaisvaltainen muutos olla suhteellisen lyhytkestoisen hoidon tavoitteena, vai pitäisikö suutarin pysyä lestissään? Realistisempaa olisi etsiä työn kohteita niiltä alueilta, joihin päihneiden käytöllä on kiinteä kytkentä ja joihin vaikuttamiseen hoitopaikalla on toimintaedellytykset. Esimerkiksi lähtökohtana voisi toimia yhdessä asiakkaan kanssa suoritettu analyysi siitä, kuinka keskeistä ja merkityksellistä alkoholi on asiakkaalle elämänsisältönä ja muiden toimintojen jäsentäjänä: mihin alkoholi on vaikuttanut, mihin se vaikuttaa ja mihin se tulee vaikuttamaan. Näin saataisiin kriteerejä valinnoille: mikä on olennaista ongelman kannalta, mihin hoitopaikalla on edellytyksiä vaikuttaa ja mikä asetetaan tämän kartoituksen ja jäsentämisen jälkeen työskentelyn kohteeksi.

Toiseksi suoritettu kokeilu osoitti sen, että jos hoitosuunnitelmien laadinnassa lähdetään liikkeelle erittelemättömästi asiakkaiden ilmaisemista tavoitteista, niin tavoitteita löytyy paljon mutta keinoja vähän, jos ollenkaan. Asiakkailla oli juomisen lisäksi kaikenlaisia ongelmia:

työttömyyttä, asunnottomuutta, perhevaikeuksia, ylipainoisuutta, yksinäisyyttä jne., joiden poistaminen oli asetettu tavoitteeksi. Hoitosuunnitelmia lukiessaan ulkopuolinen ei pysty enää erottamaan asiakkaan haluja, toiveita ja elämän päämääriä hoidolle asetetuista tavoitteista; realistisia hoidon tavoitteita eivät kaikki kirjatut muutospyrkimykset voineet olla. Elämänsä päämäärät asiakas tietysti asettaa itse, mutta eivätkö hoidon tavoitteet asettaudu objektiivisen ammatillisen analyysin pohjalta. Tällöin on mahdollista päätyä riittävän realistisiin tavoitteisiin, jotka auttavat asiakkaita motivoitumaan muutokseen päihneiden käytössä. On selvää, ettei hoitopaikka voi toteuttaa asiakkaiden elämän päämääriä, mutta sen sijaan se voi pyrkiä lisäämään asiakkaan suoriutumisedellytyksiä toimia päämääriensä suuntaan (vrt. Wiman 1986, 72–73). Vai heijasteleeko laaja tavoiteasettelu käsityksiä tai toiveita siitä, että kun ongelmat ja vaikeudet on poistettu, poistuu alkoholi-ongelmakin?

Hoitosuunnitelmien staattisuus osoittautui myös puutteeksi. Vaikka hoitosuunnitelmakkeessa oli kohta ajan myötä tavoitteisiin tulleet muutoksia varten, jäivät muutokset yleensä tekemättä. Taustalla lieene ollut kaavamainen käsitys, että ihminen asettaa ensin tavoitteen ja sitten toteuttaa sen. Suurten päätösten dynamiikka ei ole näin yksioikoinen. Tosiasiassa tavoitteet selkiytyvät vasta toiminnassa tai saattavat yhtä hyvin muuttua epävarmoiksi tai vaihtua toisiin (Eskola 1982, 219). Tästä olivat hyvänä esimerkkinä päihdetavoitteen muutokset.

Jos tavoitteet heijastelivat lähinnä kuvaa ihmisestä olosuhteiden ”uhrina”, niin keinoissa, sikäli kuin niitä oli kirjattu, tuli voimakkaasti esiin ihminen aktiivisena toimijana: yrittää omin voimin, hakee itse työpaikkaa, lisää liikuntaa, aloittaa dieetin, hakeutuu harrastusten pariin jne. Keinojen tarkastelun jälkeen jää ihmettelemään, mihin asiakas oikeastaan hoitopaikkaa tarvitseekaan (akuutin katkaisuhoidon jälkeen), jos hänellä on jo valmiuksia ja edellytyksiä suoriutua näiden keinojen käytöstä. Vai kuvaavatko kirjalliset hoitosuunnitelmat vain toivottua lopputulosta? Siinä tapauksessa jää kertymättä paljon tietoa, jota voisi hyödyntää hoidon suunnittelussa ja kehittämisessä.

Hoitopaikkojen korostama hoidon yksilöllisyys ei myöskään näkynyt hoitosuunnitelmien tasolla. Niissä tavoitteet ja keinot olivat hyvin yhtäläisiä. Mahdollisesti ja toivottavasti hoitosuunnitelmalomake oli se, joka ohjasi näin kaavamaiseen kirjaamiseen. Muulta pohjalta hoitosuunnitelmien yhtäläisyyttä on vaikea ymmärtää. Ulkoisissa olosuhteissa ja juomatavoissa ilmenneiden erojen lisäksi asiakkaiden kyvyissä, taidoissa ja motivaatioissa oli varmasti myös eroja tutkitussa joukossakin. Yksilöllisyys ja se, että asiakas yleensä kykenee aikaansaamaan tavoitellun muutoksen, voivat toteutua vain, jos hoidon tavoitteita ei aseteta kaavamaisesti, vaan ne kytketään objektiivisiin olosuhteisiin. ”Tavoitteen konkretisoituminen edellyttää sen ehtojen selvittämistä” (Arnkil 1988).

Jotta asiakas ja työntekijä voisivat tulla todellisiksi subjekteiksi, on keskeisessä asemassa kummankin kohdalla oman toiminnan reflektointi. Tällöin ”yksilö orientoituu omiin tekoihinsa tietoisesti, nostaa ne pohdintansa kohteeksi ja suhteuttaa ulkomaailman vaatimuksiin” (Eskola 1982, 221).

Myös työntekijän toiminta rakentuu tavoitteellisista teoista. Kun oman toiminnan erittely puuttuu, jää työstä oppiminen suurelta osin toteutumatta. Oppi ei myöskään siirry työtovereille. Systemaattinen tieto esimerkiksi siitä, mitkä toimenpiteet ovat lisänneet asiakkaiden suoriutumisedellytyksiä ja sitä kautta edistäneet tavoitteiden saavuttamista, jää kertymättä. Kokeilussa laaditut hoitosuunnitelmat eivät juuri suunnanneet varsinaista hoitotoimintaa, joten edelleen jää vastausta vaille, minkä mukaan hoitotoiminnassa suuntauduttiin.

Tutkimuksemme ei paljonkaan edesauttanut suunnitelmallisen hoidon jäsentämistä. Ehkä se vain lisäsi hoitoalalla kovin yleisiä abstrakteja tavoiteasetteluja, joilla on vain vähän tekemistä konkreettisen toiminnan kanssa. Monilla asiakkailla meni hoidon jälkeen

suhteellisen hyvin, mutta emme tiedä, oliko se hoidon ansiota. Parhaimmillaan hoitosuunnitelma voi silti olla työntekijän ja asiakkaan yhteinen tuotos, sopimus siitä, mihin yhteisvoimin pyritään. Sen jatkuva arviointi ja suuntaaminen eli toiminnan reflektointi pakottavat molemmat osapuolet ajattelemaan ja oppimaan. Tämä on rasittavaa, joskin hyödyllistä kaikille osapuolille.

### **Kirjallisuus**

Arnkil, Erik: Asiakkaiden valikointi osana sosiaalityön ristiriitojen sääntelyä. *Sosiaaliviesti* 1988: 2, 10–19

Eskola, Antti: Vuorovaikutus, muutos, merkitys. Helsinki: Tammi, 1982

Eskola, Antti & Jylhä, Marja & Weckroth, Klaus: Sairauksien ja addiktoiden ”logiikasta”. *Alkoholipolitiikka* 54 (1989): 1, 6–10

Keso, Lauri: Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized trial on Hazelden and traditional treatment. Academic dissertation. Helsinki 1988

Kylmälä, Jouni: Hoitajat ja hoidetut. S. 193–201. Julkaisussa: Päihdehuollon lähikehitys. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 3/1988. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 1988

Mäkelä, Klaus: Elämäntapanäkökulma ja hoitotutkimukset. *Alkoholipolitiikka* 48 (1983): 5, 250–255

Mäkelä, Rauno & Sirén, Anja: Tavoitteellinen hoito. S. 112–128. Julkaisussa: Kohtauspaikkana A-klinikka. A-klinikkasäätiön julkaisu 8/1984. Jyväskylä: Gummerus, 1984

Mäkelä, Rauno & Sirén, Anja: Sairaanhoidoa vai sosiaalityötä? Katkaisuhoidoaseman työnkuva. *Tiimi* 1989: 5, 6–8

Ojehagen, A. & Berglund, M.: Changes of drinking goals in two year outpatient alcoholic treatment program. *Addict. Behav.* 14 (1989), 1–9

Shazer, Steve de: Keys to solution in brief therapy. New York/London: W. W. Norton & Company, 1985

Sirén, Anja & Mäkelä, Rauno: The concept of moderate drinking defined by the clients and the staff of a clinic for alcoholics. *Nord. Psychiatr. Tidsskr.* 39 (1985), 95–101

Sirén, Anja & Mäkelä, Rauno: Hoitoon tulo ja hoitoon kiinnittyminen. *Alkoholipolitiikka* 54 (1989): 3, 120–127

Wiman, Ronald: Alkoholismi elämänsäkaaren osana. Hoitomallien kritiikkiä ja kehittämislähtökohtia. Järvenpään sosiaalisairaalan julkaisuja 24/1986. Järvenpää 1986.

## English Summary

***Rauno Mäkelä — Anja Sirén: Juominen väheni mutta hoitosuunnitelma ei toiminut. A-klinikkatoimen hoitotavoitteista ja -keinoista (Less drinking, but the treatment plan was not functional. Discussion of the objectives and means of treatment in A-clinics)***

The usability of written treatment plans was studied in A-clinics during treatment of 111 new clients. The group was very heterogeneous in their drinking habits and lifestyle.

When they first came to the clinic, every fourth client said the goal was to become a moderate user of alcohol; the others wanted to achieve temperance of some span. Besides alcohol-related objectives, nine out of ten new clients had one or several objectives pertaining to the state of health, work, home life, personal relationships or leisure; the more deficient the client's life situation was, the greater the number of objectives he had. Some of the objectives were explicit and concrete; others were utopian daydreams.

The treatment plan contained no mention of means for achieving 40 per cent of the objectives pertaining to intoxication. How treatment could support 'one's own efforts' remained unclear. An even higher percentage (71%) of the objectives pertaining to the overall life situation lacked a mention of the means in the treatment

plan; this lack was most conspicuous in the treatment plans for those who were the worst off.

Both the objectives and the means mentioned in the treatment plan were often 'major steps'. There may have been some reluctance to record lesser goals.

During the year of follow-up, the number of days when the client drank fell among 75 per cent of the clients and rose among 15 per cent. Three per cent of the clients remained teetotallers for the entire year, and 16 per cent consumed alcohol without having any detrimental effects. The others had various types of alcohol-related drawbacks. Despite this, half a year after first coming for treatment, every other person undergoing treatment reported wanting to learn to use alcohol in moderation.

After the study phase, the written treatment plan was no longer in routine use. Possible explanations include the disturbance to the treatment process caused by the plan, lack of flexibility and lack of individuality. The treatment plan may give the clinic worker a sense of security, but it may also give a sense of being controlled by superiors. The treatment plan appears to lead to unrealistic castles in the sky, though joint planning of concrete operational guidelines by the clinic worker and the client would be as feasible an alternative that would promote the treatment process.